

Contribuciones de autoría

Todos los autores han realizado conjuntamente y a partes iguales la argumentación y la redacción de la carta.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit.* 2011;25:333-8.
2. Ferrero JL, Roura G, Gómez-Hospital JA, et al. Antiagregación oral en el intervencionismo coronario percutáneo: fármacos disponibles y duración de la terapia oral. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2013;13:16-23.
3. Ortún V. El impacto de los medicamentos en el bienestar. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22 (Supl 1):111-7.

4. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26:182-9.

Alberto Domínguez-Rodríguez^{a,b,*}, Corabel Méndez-Vargas^a, Alejandro Sánchez-Grande^a, Pablo Avanzas^c y Pedro Abreu-González^{b,d}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Sta. Cruz de Tenerife, Tenerife, España

^b Instituto Universitario de Tecnologías Biomédicas, Sta. Cruz de Tenerife, Tenerife, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^d Departamento de Fisiología, Universidad de La Laguna, La Laguna, Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adrvdg@hotmail.com

(A. Domínguez-Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.007>

La «desatención» a las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que no tienen «seguro»: injusta e ineficiente



The “neglect” of people infected with the human immunodeficiency virus who do not have “insurance”: unfair and inefficient

Sra. Directora:

Del análisis de los resultados producidos por la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012¹ a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que carecen de la condición de asegurados, se deduce que los responsables político-sanitarios que han tomado la decisión de expulsar del sistema sanitario a estos pacientes, además de tener poca humanidad, tienen un escaso conocimiento de lo que es la eficiencia en sanidad y más aún en salud pública. Poca humanidad, porque es inhumano retirar el acceso a la asistencia sanitaria y a la financiación de un tratamiento a un paciente que puede morir en un plazo de unos años si no se medica; tan inhumano como sería no atender a alguien que acude a urgencias con una hemorragia que le causará la muerte en unas horas si no se opera. Y además, es poco eficiente al menos por dos motivos. Primero porque cuando una persona con VIH recibe tratamiento, la probabilidad de que transmita la infección desciende mucho², hasta el punto de que a las parejas heterosexuales que se plantean tener hijos se les puede recomendar, en determinadas circunstancias, no utilizar el preservativo en lugar de recurrir a métodos de fecundación artificial³. Por el contrario, si una persona con VIH no recibe tratamiento, el riesgo de que pueda transmitir la infección aumenta considerablemente. Dependiendo del grado de supresión de la carga viral y del número de parejas sexuales que tengan las personas no diagnosticadas, la transmisión de la infección es entre tres y siete veces mayor que la de las personas que reciben tratamiento⁴. Y con la expulsión de determinados pacientes residentes en España de lo que hasta ahora ha sido el Sistema Nacional de Salud, estamos aumentando el número de personas sin tratamiento. ¿Han calculado nuestros políticos el “ahorro” que va a suponer dejar de financiar el tratamiento de un hombre

homosexual con VIH que trabaje en prostitución y que tenga cinco o seis relaciones sexuales al día sin preservativo?⁵ En segundo lugar, un paciente diagnosticado tardíamente o que está diagnosticado precozmente pero no puede beneficiarse del tratamiento porque carece de tarjeta sanitaria, va a tener una evolución mucho peor que si recibiera tratamiento. Y esa peor evolución supondrá, entre otras consecuencias, un gasto por paciente 4,5 veces mayor⁶ que si se hubiera tratado en el momento adecuado. Escaso ahorro va a suponer eliminar un tratamiento antirretroviral, si eso se traduce en la aparición de patologías graves, que esta vez sí, serán atendidas como urgencias y generarán ingresos hospitalarios que producirán un gasto considerable. Y lo que es más importante, un sufrimiento innecesario.

Dejar de diagnosticar y tratar a personas con VIH que viven entre nosotros es ineficiente y, lo que es más importante, inhumano. Tan inhumano como dejar de atender a cualquier paciente que lo necesite. Es imprescindible que los responsables políticos consulten con quienes conocen los temas sobre los que tienen que legislar, para poder elaborar unas leyes más justas. Afortunadamente, algunas comunidades autónomas han rectificado el error del ministerio⁷.

Contribuciones de autoría

I. Alastrué Loscos y M. Giner Valero concibieron la idea, elaboraron el primer borrador del manuscrito y revisaron la versión final. J. Navas Cutanda realizó la búsqueda bibliográfica, revisó el borrador y elaboró la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (24 abril 2012).
2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365:493–505.
3. Del Romero J, Castilla J, Hernando V, et al. Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. *BMJ.* 2010;340:c2205.
4. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. HIV transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS.* 2006;20:1447–50.
5. Grupo EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnóstico de VIH/ITS, 2000-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012.
6. Martínez Martínez-Colubi M. Presentadores tardíos en la infección por VIH en España: consecuencias médicas e impacto económico [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012.
7. Instrucción de la Secretaría Autonómica de Sanidad por la que se informa de la puesta en marcha del Programa Valenciano de Protección de la Salud. Conselleria de Sanitat. Valencia, 31 julio 2013.

Ignacio Alastrué Loscos^{a,*}, Mercedes Giner Valero^b
y Jesús Navas Cutanda^b

^a Centro de Información y Prevención del Sida de Valencia, Centro de Salud Pública de Valencia, Valencia, España

^b Centro de Salud de Fuensanta-Barrio de la Luz, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: alastrue.ign@gva.es, alastrue@comv.es
(I. Alastrué Loscos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.006>

Physical activity environment measurement and same source bias



Medición del entorno para realizar actividad física y sesgo de la misma fuente

Dear editor

The recent paper by Rodríguez-Romo et al. studied the relationship between different variables of the self perceived urban environment and physical activity in Madrid.¹ To this end, the study participants were asked in a questionnaire about their perception of the urban environment related to physical activity (density, access to public transportation, access to food stores, paths, bike lines, leisure-time physical activity areas, traffic safety, area security, social environment and esthetics), and in another questionnaire they were asked about levels of physical activity. The authors then estimated the probability of having moderate to high levels of physical activity given certain environmental characteristics as reported by each participant. Research efforts trying to understand how environmental features may promote active transportation, not only leisure physical activity, is currently a relevant topic offering insight for possible political action.²

The use of self-reported measures is one of the approaches that can be used in the study of urban environment and health. It represents an unexpensive and feasible approach that can provide useful information about the environment. One of the problems associated with the use of self-reported for both result and exposure variables, is the possibility of same source bias.^{3–5} Same source bias may result in spurious associations between exposures and outcomes because the measurement error between the two variables is correlated. To be more precise, exposure self-reporting may be influenced by the self-reported outcome. For example, persons who are not physically active may be more likely to perceive their environment as less favorable for physical activity, regardless of the actual condition of the urban environment.

Given that the article by Rodríguez-Romo et al. models the probability of having the self-reported outcome on the self-reported environmental exposure same-source bias is likely to happen. Several tools are available to minimize same source bias in studies that rely on self-reported information by study participants, including the aggregation of environment perceptions by study participants living in the same neighborhood using techniques such as Conditional Empirical Bayes (CEB).⁶ The best way to get rid of

same-source bias is avoiding self-reports of environmental measures by study participants and the use of other environmental measurements (different reporters, systematic social observation, georeferenced databases and GIS)⁴ but we acknowledge that measuring the environment is difficult and may not be feasible in all studies. Using self-reported measures may be desirable if the research question relates to how people perceive their environment and the effect of this perception on physical activity, although the interpretation of these results may be more difficult. Nonetheless same-source bias should be avoided in these situations too.

Author contributions

U. Bilal conceived the idea. P. Gullón prepared a first draft of the manuscript. The three authors performed the literature search, edited the draft and approved the final version.

Funding

None.

Conflict of interest

None.

Bibliografía

1. Rodríguez-Romo G, Garrido-Muñoz M, Lucía A, et al. Asociación entre las características del entorno de residencia y la actividad física. *Gac Sanit.* 2013;27:487–93.
2. Furie GL, Desai MM. Active transportation and cardiovascular disease risk factors in U.S. adults. *Am J Prev Med.* 2012;43:621–8.
3. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology* Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.758p.
4. Diez Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2007;55:13–21.
5. Dunstan F, Fone DL, Glickman M, et al. Objectively measured residential environment and self-reported health: a multilevel analysis of UK census data. *PLoS One.* 2013;8:e69045.
6. Savitz NV, Raudenbush SW. Exploiting Spatial Dependence to Improve Measurement of Neighborhood Social Processes. *Sociol Methodol.* 2009;39:151–83.

Pedro Gullón^{a,b}, Usama Bilal^{a,c}, Manuel Franco^{a,c,d,*}

^a Social and Cardiovascular Epidemiology Research Group, School of Medicine, University of Alcalá, Madrid, Spain